1937
Lane Medical Library

Aus der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik Bamberg (Direktor: Prof. Dr. Lüttge).

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY

Kritische Betrachtung der Resultate der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik zu Bamberg in den Jahren 1934—1936.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY 11 1937

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

August Wilhelm Rentsch
aus Nürnberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Februar 1937.

Nürnberg 1937.
Druck: Schreibstube der Stadtmission Nürnberg.

38/205

Dekan: Prof. Dr. Jamin.

Referent: Prof. Dr. Lüttge.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. Lüttge meinen ergebensten Dank für die freundliche Ueberlassung des Themas und die Uebernahme des Referates aussprechen.

Der Zweck der Arbeit ist einen kritischen Bericht über die Ergebnisse in den letzten 3 Jahren zu geben.

Sie zeige folgende Disposition:

A. Geburtshilfe.

1. Spontangeburten
2. Beckenendlagen
3. Querlagen
4. Placenta praevia
5. Eklampsie
6. Beckenanomalien
7. Narkose
8. Kaiserschnitt
9. Zange
10. Wendungsoperationen
11. Perforationen
12. Credéscher Handgriff
13. Manuelle Lösung der Plazenta
14. Atonie
15. Nähte
16. Zwillingsgeburten
17. Störungen des Wochenbetts
18. Störungen bei Kindern
19. Mißbildungen
20. Störungen bei Kindern
21. Fehlgeburten.

B. Gynäkologie.

C. Mortalität.

Zunächst eine Tabelle der Belegzahlen in den letzten 10 Jahren

Jahr	Geburtshilfe	Gesamtbelegzahl
1926	882	882
1927	1119	1119
1928	1204	1204
1929	1293	1293
1930	1423	1423
1931	1284	1284
1932	1195	1195
1933	1061	1061
1934	1261	1501
1935	1477	1704
1936	1703	1889

A. Geburtshilfe.

Der Familienstand der Frauen ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

	Gesamtzahl	verh.	ledig	gesch.	verw.
1934	1261	1080 (85,6%)	178 (14%)	3	—
1935	1434	1262 (88%)	166 (11,5%)	3	3
1936	1516	1372 (90,5%)	168 (9,4%)	4	2

Interessant ist, daß die Zahl der ledigen Mütter im Abnehmen ist (von 14% auf 9,4%); eine Beobachtung, die man in Deutschland allgemein machen kann, seit die Eheschließung durch die Maßnahmen des Reiches erheblich erleichtert wurde.

Die Uebersicht über die Geburten ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

	Gesamtzahl	Spontangeburten	Operative Geburten	rechtzeitig	frühzeitig
1934	1261	1067 (84,6%)	194 (15,5%)	1177 (93,1%)	84 (6,9%)
1935	1434	1288 (89,9%)	146 (10,2%)	1344 (93,7%)	88 (6,3%)
1936	1516	1363 (89,8%)	153 (10,1%)	1409 (93%)	107 (7%)

Die jüngste Erstgebärende war 1934 16 Jahre alt, die älteste 42 Jahre; 1935: 16 Jahre und 43 Jahre; 1936: 15 Jahre und 43 Jahre. Die höchste Geburtenzahl hatte 1934: XIII para; 1935: XII para; 1936: XI para.

Die Zahl der Erstgebärenden ist aus dieser Tabelle ersichtlich:

	1934	1935	1936
Erstgebärende	631	704	787
Mehrgebärende	541	656	727
Vielgebärende	89	74	62

Es wurden einschließlich der Zwillinge geboren:

Im Jahre 1934: 1282 Kinder, davon männlichen Geschlechts: 684
„ „ 1934: „ „ weiblichen „ 598
„ „ 1935: 1451 „ „ männlichen „ 790
„ „ 1935: „ „ weiblichen „ 661
„ „ 1936: 1534 „ „ männlichen „ 806
„ „ 1936: „ „ weiblichen „ 728

Auf die einzelnen Monate des Jahres verteilen sich die Geburten wie folgt:

	1934	1935	1936
Januar	92	108	99
Februar	97	114	124
März	112	137	170
April	104	125	108
Mai	115	148	160
Juni	102	131	116
Juli	103	108	140
August	100	124	111
September	103	125	127
Oktober	101	104	124
November	112	109	131
Dezember	120	101	106
	1261	1434	1516

Es zeigt sich also in allen drei Jahren im Mai eine Höchstzahl an Geburten, ein weiterer Gipfelpunkt im März.

Kindeslagen.

	1934	1935	1936
Kopflagen	1213	1376	1470
I. Schädellage	871	972	1019
II. Schädellage	350	384	442
I. Vorderhauptlage	1	5	3
II. Vorderhauptlage	3	3	3
I. Stirnlage	—	—	1
I. Gesichtslage	1	4	2
II. Gesichtslage	4	3	—
I. hintere Hinterhauptlage	2	5	—
II. hintere Hinterhauptlage	1	—	—
Beckenendlage	50	61	53
I. vollkommene Steißlage	21	36	26
II. vollkommene Steißlage	21	12	15
Steißfußlagen	8	13	12
Querlagen	16	14	11
I. Dorsoanteriore	7	4	4
II. Dorsoanteriore	5	3	3
I. Dorsoposteriore	3	2	2
II. Dorsoposteriore	1	5	—
I. Schräglage	—	1	1
II. Schräglage	—	1	1

Die entsprechenden Prozentzahlen sind:

	1934	1935	1936
Kopflagen	96,4%	95,9%	94,3%
Beckenendlagen	3,9%	4,2%	3,5%
Querlagen	1,28%	0,97%	0,72%

Die Prozentzahlen halten sich also ganz in normalen Grenzen.

1. Spontangeburten bei Kopflagen*).

86% der Frauen kamen spontan nieder. Untersucht wurde möglichst während der Schwangerschaft vaginal, falls es notwendig war. Während der Geburt wurde nicht mehr vaginal untersucht. Vor der Geburt wurde der Befund durch äußere und rektale Untersuchung festgestellt. Erst bei Stillstand der Geburt oder unklarem Befund untersuchte der Arzt vaginal. Darin hat sich zweifellos die ärztliche Anschauung geändert, daß man früher die Gefahren der vaginalen Untersuchung unterschätzte. In den allermeisten Fällen konnte die Geburt lediglich durch äußere und rektale Untersuchung geleitet werden. Wehemittel wurden nur sparsam gegeben.

Folgende Fälle von Spontangeburten verdienen eine besondere Erwähnung:

Eine Frau wurde wegen eines Abrisses eines Schleimhautlappens an der hinteren und linken seitlichen Wand der Scheide behandelt. Die Wunde wurde genäht, die Heilung erfolgte p.p.

Eine alte Scheidenfistel wurde festgestellt und sofort nach der Geburt genäht.

Bei einer Frau, die an Epilepsie litt, wurde festgestellt, daß die Anfälle in der Schwangerschaft stärker waren und öfter auftraten. Die Frau gebar spontan ein lebendes Kind.

Weiterhin wurde ein Hämatom der Schamlippen beobachtet, das nach der Geburt unter Kamillenumschlägen komplikationslos heilte.

Einmal zeigte sich eine doppelte Scheidenanlage. Nach Entfernung der Trennungswand konnte das Kind spontan geboren werden.

Ein Kind kam mit zwei mittleren unteren Schneidezähnen zur Welt.

Spontangeburten bei Beckenanomalien wurden zahlreich beobachtet; es seien nur einige herausgegriffen:

1. Eine III-para mit linksseitiger angeborener Hüftluxation.
2. Eine Frau mit allgemein verengtem Becken (dist. spin.

*) Die regelwidrigen Geburten bei Kopflagen siehe unter Operationen.

23,5 cm; dist. crist. 26,5 cm; dist. trochant. 29,5 cm; dist. Baudeloquii 18,5 cm).

3. Eine II-para mit allgemein verengtem Becken I. Grades (dist. spin. 24,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. trochant. 29,5 cm; dist. Baudeloquii 18,5 cm).
4. Eine III-para mit platt-rachitischem Becken II. Grades (dist. spin. 26,5 cm; dist. crist. 28,5 cm; dist. trochant. 32,5 cm; dist. Baudeloquii 18 cm), deren 2. Geburt eine Sectio war, gebar spontan.
5. Eine I-para mit doppelseitiger Hüftluxation und stark vorspringendem Promontorium kam ebenfalls spontan nieder.
6. Eine I-para (dist. spin. 25 cm; dist. crist 27 cm; dist. trochant. 35,5 cm; dist. Baudeloquii 21 cm), mit schräg verengtem Becken, Hüftluxation rechts, Hüftversteifung links; steil stehender Symphyse, engem Beckenausgang gebar spontan.
7. Eine Frau mit platt-rachitischem Becken (dist. spin. 24,5 cm; dist. crist. 26 cm; dist. trochant. 31 cm; dist. Baudeloquii 18 cm) gebar spontan ein 3670 g schweres Kind.
8. Eine 21jährige Erstgebärende mit linksseitiger Hüftluxation und schief verengtem Becken kam spontan nieder.

Gerade die beiden letzten Fälle zeigen, daß die abwartende Haltung sich immer empfiehlt, wenn die Möglichkeit eines schnellen, evtl. nötigen Eingreifens besteht, wie es ja in einer Klinik der Fall ist. Den Frauen war durch das Abwarten ein operativer Eingriff mit seinen vielen möglichen Komplikationen erspart worden. Solche Fälle sind andererseits für eine Hausgeburt ungeeignet.

Ferner wurde die Spontangeburt bei dem seltenen Bild eines Totalprolapses beobachtet. Es handelt sich um eine 38jährige II-para. 1928 hatte sie eine normale Spontangeburt. Die Schwangerschaft verlief o. B. Bei der Aufnahme ergab sich folgender Befund: Die Blase war eben gesprungen, es entleert sich reichlich grünes Fruchtwasser. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. II. Schädellage. Aus der Vulva erscheint eine kindskopfgroße Kugel aus Scheidenwand und Muttermund. Es handelt sich um einen Totalprolaps des Uterus mit fünfmarkstückgroßer Schleimhautlazeration. Der Muttermund ist noch geschlossen. Der Prolaps wird in sterile Tücher gehüllt, die am Kopfende des Bettes festgebunden werden, und so retiniert. Der Prolaps verschwindet mit den Wehen langsam in der Scheide; der Muttermund fängt zu klaffen an. In der Austreibungsperiode tritt die vordere Scheidenwand stark hervor. Der Kopf tritt langsam aus. Spontangeburt eines III° mazerierten Knaben. Plazenta folgt spontan. Der Prolaps hat sich zurückgebildet. Der Uterus ist gut kontrahiert. Der

Wochenbettverlauf ist o. B. Der Prolaps tritt noch zweimal auf, geht aber schnell wieder zurück.

Eine III-para mit 2 normalen Geburten, die an einem starken Descensus vaginae ant. et post. litt, kam spontan nieder. Das Kind lebt.

Die Geburt einer Frau mit Nabelhernie verlief ebenfalls komplikationslos.

Es erfolgte die Spontangeburt einer XII-para (39 Jahre) mit starker chronischer Glomerulonephritis und arteriosklerotischer Schrumpfniere ohne Komplikationen, nachdem die Frau schon vorher in der Klinik war und unter strenger Diät stand.

2. Beckenendlagen.

1934	50	Fälle	= 3,6%
1935	61	„	= 4,2%
1936	53	„	= 3,5%
insgesamt	164	Fälle	= 3,8%

Die Einstellung der Kinder ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

	I. vollkommene Steißlage	II. vollkommene Steißlage	Steißfußlage
1934	21	21	8
1935	36	12	13
1936	26	15	12
insgesamt	83	48	33

1934 kamen nur 4 Beckenendlagen spontan zur Geburt. In allen übrigen Fällen war Manualhilfe notwendig. Sie bestand in der Armlösung nach Arthur Müller und der Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie. Diese Manualhilfen wurden bei 30 rechtzeitig Gebärenden und 16 Frühgeburten gegeben. Es waren unter den 50 Fällen 7 Zwillingsgeburten. Dies entspricht 14% der Beckenendlagen.

In 4 Fällen war die Nabelschnur vorgefallen, sodaß die sofortige Extraktion vorgenommen werden mußte. Keines der Kinder starb.

Im Jahre 1935 kamen ebenfalls 4 Beckenendlagen spontan zur Geburt, darunter war eine Zwillingsschwangerschaft. Manualhilfe nach Arthur Müller und Veit-Smellie wurde in 57 Fällen gegeben. Es waren 43 rechtzeitig Gebärende und 15 Frühgeburten. 7 Frauen gebaren Zwillinge = 11,5%.

1 Kind mußte am nachfolgenden Kopf perforiert werden, da ein platt-rachitisches Becken II° vorlag. In einem Fall war die Nabelschnur vorgefallen und das Kind mußte extrahiert werden.

1936 kamen 3 Fälle spontan zur Geburt. Manualhilfe war 50mal nötig. 43 Fälle waren rechtzeitig Gebärende, 10 Frühgeburten. 13,2% = 7 Fälle waren Zwillingsschwangerschaften. 1 Kind wurde am nachfolgenden Kopf perforiert wegen plattrachitischem Becken II. Grades. Eine an Eklampsie erkrankte Frau kam mit Zwillingen nieder. Sie wurde durch die vaginale Sectio entbunden.

Die Leitung der Geburt einer Beckenendlage war folgende: Man wartete ab, bis das Kind bis zum Schulterblattwinkel geboren war, dann wurde nach Notwendigkeit eingegriffen. Die Arme wurden womöglich mit dem Müllerschen Handgriff entwickelt und erst, wenn man nach Müller nicht zum Ziele kam, wurden die Arme in klassischer Weise unter Rotation des Kindes gelöst. Bei der Geburt des Kopfes wurde der Veit-Smelliesche Handgriff angewandt.

Die Prozentzahlen der Beckenendlagen von 3,8% liegen etwas höher als sonst im Durchschnitt die Prozentzahl für Beckenendlagen angegeben wird (3%). Die erste Beckenendlage war auch hier häufiger als die zweite. Die Fußlagen machen ein Viertel aus. Verhältnismäßig viel Zwillingsgeburten konnten ebenfalls festgestellt werden, nämlich durchschnittlich 13% gegenüber 1,3% der Gesamtgeburten. Spontan wurde nur ein kleiner Teil (8%) der Beckenendlagen geboren; in diesen Fällen wurde keinerlei Manualhilfe gegeben. Es handelte sich jedesmal um Mehrgebärende.

Das Wochenbett der Patientinnen war in allen Fällen ungestört.

3. Querlagen.

	insgesamt	1934	1935	1936
I. dorso-ant. Querlage	11	7	1	3
II. dorso-ant. Querlage	10	4	3	3
I. dorso-post. „	5	3	—	2
II. dorso-post. „	2	—	2	—
II. dorso-ant. „ mit Vorfall kleiner Teile	1	—	1	—
I. dorso-ant. verschleppte Querlage mit Vorfall kleiner Teile	1	—	—	1
II. dorso-ant. verschleppte Querlage mit Vorfall kleiner Teile	2	—	2	—
I. dorso-post. verschleppte Querlage mit Vorfall kleiner Teile	3	2	1	—
II. dorso-post. verschleppte Querlage mit Vorfall kleiner Teile	2	—	2	—
I. Schieflage mit Vorfall kleiner Teile	2	—	1	1
II. „ „ „ „ „	2	—	1	1

	insgesamt	1934	1935	1936
Quer- und Schieflagen	41 0,99%	16 1,28%	14 0,97%	11 0,72%
Verschleppte Querlagen	8 19,4%	2	5	1
Querlagen mit Vorfall kleiner Teile	13 31,7%	2	8	3
Zwillingsgeburten bei Querlagen	6 14,6%	3	1	2
Erstgebärende	4 9,7%	2	1	1

1934 gelang die äußere Wendung dreimal, sodaß die Frauen spontan entbinden konnten. Einmal wurde die Sectio abdominalis durchgeführt. Die übrigen Querlagen wurden nach Braxton-Hicks gewendet.

Bei der einen verschleppten Querlage war die Blase 32 Stunden vorher gesprungen und der Ellbogen eingekeilt. Doch ging die Wendung leicht und erfolgreich vonstatten.

Bei einer II. dorso-ant. Querlage trat nach der Extraktion des Rumpfes ein Muttermundkrampf auf, sodaß das bereits abgestorbene Kind am nachfolgenden Kopf perforiert werden mußte. 3 Zwillingsschwangerschaften waren Querlagen, 2 Erstgebärende waren darunter (einmal Zwillinge). 1 Foet — eine Zwillingsschwangerschaft — war drittgradig mazeriert.

1935 gelang die äußere Wendung in einem Fall bei einer Zwillingsschwangerschaft. Bei einer zweiten Schieflage kam es zu einer Spontanwendung und Geburt in Steißlage. Es wurde Manualhilfe geleistet.

Bei verschleppten Querlagen wurden die Kinder in 2 Fällen gerettet. Bei einer verschleppten Querlage mit Nabelschnurvorfall und Vorliegen des Ellbogens, bei der die Blase 24 Stunden vorher gesprungen war, mußte perforiert werden. Ein weiterer verschleppter Fall zeigte eine lebensunfähige Mißbildung. Eine Frau mit verschleppter Querlage und Armvorfall wurde anoperiert eingeliefert.

1936 wurde die äußere Wendung bei der einen Zwillingsgeburt erfolgreich ausgeführt. Die eine verschleppte Querlage mußte wegen Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken nach gelungener Wendung perforiert werden. Eine weitere Perforation fand wegen zu engen Beckenausgangs statt (Trichterbecken).

Einmal zeigte sich als Komplikation eine Placenta praevia partialis.

Es fanden sich 2 Zwillingsschwangerschaften, eine Erstgebärende hatte eine Querlage.

Die Häufigkeit der Querlagen liegt an der oberen Grenze des üblichen Durchschnitts. Die Mehrgebärenden überwogen weitaus. Die erste Querlage war etwas häufiger als die zweite (22 Fälle zu 19 Fällen), die dorso-post. kam halb mal so oft vor als die dorso-ant. (12 Fälle zu 25 Fällen). Nur 4 Erstgebärende hatten in den 3 Jahren eine Quer- oder Schieflage (9,7%). 14,6% aller 41 Querlagen (6 Fälle) waren Zwillingsgeburten.

Es wurde dort, wo es Aussicht auf Erfolg bot, die äußere Wendung versucht. Sie gelang nur in wenigen Fällen, bei denen die Blase noch nicht gesprungen war. Im Falle des Mißerfolges wurde nach Braxton-Hicks gewendet. Die Wendung wurde auch bei den Fällen einer verschleppten Querlage versucht, bei denen das Kind noch lebte, und meistens war sie von Erfolg begleitet. In keinem Fall trat eine Komplikation vonseiten des Uterus ein. Die Eingriffe überstanden die Frauen alle gut; kein Fall eines Wochenbettfiebers war zu beobachten.

4. Placenta praevia.

	insgesamt	totalis	marginalis und partialis	Prozentzahl
1934	17	6	11	1,3%
1935	5	2	3	0,31%
1936	7	3	4	0,46%
1934—1936	29	11	18	0,69%

1934 fanden sich 6 Fälle von Placenta praevia totalis. Einmal wurde eine Frau mit Placenta praevia totalis moribund und ausgeblutet eingeliefert, sodaß trotz sofort vorgenommener Metreuryse mit angeschlossener Wendung und Extraktion die Frau starb. 2 Fälle von Placenta praevia totalis wurden mit abdominaler und einer mit vaginaler Sectio entbunden. Die übrigen wurden durch Wendung nach Braxton-Hicks entbunden.

Bei Placenta praevia marginalis und partialis wurde 8mal die Wendungsoperation durchgeführt, einmal mit vaginaler Sectio und einmal mit der Zange entbunden. Ein Fall gebar spontan. Ein anderer Fall von Placenta praevia partialis mit vorzeitiger Plazentalösung kam zum Exitus letalis infolge des großen Blutverlustes außerhalb der Klinik.

Im Jahre 1935 wurden 2 Fälle von Placenta praevia totalis durch die Wendung entbunden. 2 Fälle von Placenta praevia

partialis wurden ebenfalls gewendet, darunter eine Zwillingsschwangerschaft im 7.—8. Monat. Ein Fall von Placenta praevia partialis kam spontan zur Geburt.

1936 wurden 3 Fälle von Placenta praevia totalis beobachtet, 2 wurden durch Wendung und Extraktion entbunden, darunter eine Zwillingsgeburt im 7. Monat. 1 Fall war durch Prolaps kompliziert. Es wurde die vaginale Sectio gemacht, gewendet und extrahiert.

1 Fall von Placenta praevia partialis kam spontan zur Geburt, die übrigen wurden gewendet.

Es wurden zur Therapie der Placenta praevia drei verschiedene Methoden angewendet: die Wendung und Extraktion, die vaginale Sectio und die abdominelle Schnittentbindung. Diese letztere gilt an vielen Kliniken als Methode der Wahl bei der Placenta praevia-Therapie. Doch ist die Indikation für die abdominelle Sectio stark einzuschränken. Sie wurde bei Durchsicht des vorliegenden Materials nur in Fällen mit noch nicht zu starkem Blutverlust gemacht und dort, wo draußen noch nicht so oft innerlich untersucht worden war. Gegenindikation bildete also starker Blutverlust, öftere innere Untersuchungen, Tamponade, aber auch schlechte kindliche Herztöne infolge Blutverlusts.

Die anderen Fälle wurden vaginal zu leiten versucht je nach Indikation. Bei Placenta praevia totalis wurde auf den Fuß gewendet, bei Placenta praevia marginalis und partialis wurde die Blase gesprengt; bei der Notwendigkeit einer sofortigen Entbindung wurde die vaginale Sectio ausgeführt. Frauen, die schon viel Blut verloren haben, wurden prinzipiell vaginal entbunden. Eine abdominelle Sectio birgt für diese Frauen eine sehr große Gefahr und Belastung in sich.

Der Erfolg spricht für diese Indikationsstellung. Es wurde in keinem Falle eine Zervixriß- bezw. Zervixschnittverblutung beobachtet, welche als die Gefahr der vaginalen Entbindungsmethode angeschuldigt wird.

5. Eklampsie.

	insgesamt	Eklampsie	Präeklampsie	Eklampsie post partum	Prozentzahl
1934	2	2	—	—	0,19%
1935	6	3	2	1	0,42%
1936	12	7	4	1	0,8%
1934—36	20	12	6	2	0,37%

1935 kamen 2 Präeklampsiefälle zur Beobachtung. Die Frauen kamen einmal spontan, einmal durch Zangenoperation zur Entbindung. Beide waren Erstgebärende.

1936 litten 4 Erstgebärende an Präeklampsie. Eine wurde durch Zange entbunden, die anderen gebaren spontan. Ein Fall war eine Zwillingsschwangerschaft, bei der beide Föten 14 Tage vor der Geburt abgestorben waren, worauf sich dann präeklamptische Symptome zeigten.

1934 kamen 2 Eklampsiefälle vor. Der eine Fall war durch eine vorzeitige Plazentarlösung kompliziert. Die Frau wurde in moribundem Zustand eingeliefert. Das Herz hielt den doppelten Anforderungen nicht stand; es kam zum Exitus, nachdem durch eine Beckenausgangszange ein totes Kind entbunden war.

Bei dem andern Fall wurde die Frau nach 5 Anfällen bewußtlos eingeliefert. Es konnte eine Beckenausgangszange gemacht werden. Mutter und Kind erholten sich. Beide Fälle waren Erstgebärende.

1935 wurden 2 Fälle von Eklampsie durch die Zange mit anschließender manueller Plazentarlösung entbunden. Ein Kind starb an der Intoxikation. Die Mütter erholten sich gut und wurden als geheilt entlassen. Bei einer Frühgeburt mit Eklampsie wurde die Blase gesprengt, ein Metreurynter gelegt und die Spontangeburt abgewartet. Die Frau hatte vier sehr schwere Anfälle, sodaß sie Pernokton erhalten mußte, nachdem ein Aderlaß von 1100 ccm vorgenommen worden war. Nach der Geburt traten keine Anfälle mehr auf, die Frau war aber noch sehr benommen mit starker motorischer Unruhe. Das Kind starb nach $1^1/_2$ Stunden.

1936 kam von den 7 Eklampsiefällen einer spontan zur Geburt.

Eine Frau wurde mit schwerer Eklampsie eingeliefert. Sie wurde durch eine Sectio entbunden. Sie hatte keinen Anfall mehr, doch erwachte sie auch nicht aus ihrer Bewußtlosigkeit. Das Kind war infolge der eklamptischen Intoxikation hochgradig asphyktisch und konnte nicht wiederbelebt werden.

3 Fälle wurden durch die Zange entbunden. Bei einem Fall trat im Wochenbett eine Psychose auf, die jedoch nach einiger Zeit wieder abklang. Einmal mußte zur Zangenentbindung eine vaginale Sectio gemacht werden, es war eine Zwillingsgeburt im 8. Monat. Die Kinder waren tot.

Bei einem schweren Fall von Eklampsie im 7. Monat wurde bei einer VIII-para nach Dilatation des Muttermundes und Metreuryse die Wendung vorgenommen und die Spontangeburt ab-

gewartet. Das Kind war intrauterin abgestorben, die Mutter erholte sich wieder völlig.

Die Eklampsie post partum im Jahre 1935 war ein äußerst schwerer Fall. Es war eine Steißlagengeburt. Die Frau hatte nach der Geburt 10 schwerste Anfälle. Es wurde nach einem Aderlaß ein Stroganoff eingeleitet. Daraufhin trat ein Dämmerzustand von 6 Tagen ein, der von einem letzten leichten Anfall abgelöst wurde. Am 20. Tage nach der Entbindung konnte sie geheilt entlassen werden.

Ebenso war die Eklampsie post partum im Jahre 1936 sehr schwer. Doch konnte die Patientin 22 Tage nach der Geburt geheilt entlassen werden. Es war eine III-para.

Es waren mit 2 Ausnahmen nur Erstgebärende betroffen. Das Ergebnis der Eklampsiebehandlung ist überaus günstig. Es starb nur 1 Patientin und zwar war es der Fall, bei dem eine Sectio gemacht worden war. Dies ist sicher darauf zurückzuführen, daß eine Sectio möglichst vermieden wurde, da diese Operation in der Literatur bei Eklampsie eine sehr hohe Mortalität aufweist. Die Entbindungen wurden grundsätzlich vaginal durchgeführt. In manchem Lehrbuch ist immer noch die Sectio abdominalis bei Eklampsie als der verhältnismäßig gefahrloseste Eingriff bezeichnet. Doch die Erfahrungen an vielen Kliniken sind gegenteiliger Natur, sodaß die Sectio abdominalis völlig verlassen wurde. Die Resultate der vaginalen Entbindung sind wesentlich besser, ist sie ja auch der kleinere Eingriff. Es erscheint einleuchtend, daß die Frauen, deren Körper schon den maximalen Blutdruck und die hohe Eiweißausscheidung im Urin ertragen muß, den starken Schock einer Laparatomie nur mehr schwer aushalten.

Es wurde daher bei den Fällen, wo die Geburt noch nicht im Gange war oder nicht mit einer baldigen Beendigung gerechnet werden konnte, bei der Notwendigkeit einer sofortigen Entbindung entweder die Blase gesprengt und ein Metreurynter gelegt oder eine vaginale Sectio gemacht.

Sind die Vorbedingungen für eine vaginale Sectio nicht gegeben, wie z. B. bei einer Primipara mit stehendem äußeren und innerem Muttermund, wird die abdominale Entbindung das Gegebene sein.

6. Beckenanomalien.

An Beckenanomalien konnte folgendes statistisch festgestellt werden:

	insgesamt	1934	1935	1936
Allg. gleichmäßig verengtes Becken	239	2	95	142
Einfach plattes Becken	148	—	54	94
Platt-rachitisches Becken I⁰	56	9	11	36
Platt-rachitisches Becken II⁰	34	11	12	11
Platt-rachitisches Becken III⁰	2	1	1	—
Schief verengtes Becken	6	1	3	2
Trichterbecken	1	—	—	1
„ bei linksseit. Hüftgelenks-versteifg. u. rechtsseit. Luxation	1	—	—	1
Exostosenbecken	1	—	—	1
Hüftgelenksluxation beiderseits	1	—	—	1
„ links	1	—	—	1
	490	24	176	290

Zur Zahl von 1934 ist zu bemerken, daß in diesem Jahre nur die stärkeren Beckenveränderungen in den Krankenblättern aufgezeichnet wurden.

Bei diesen Beckenanomalien waren operative Eingriffe nötig:

1934: 21 1935: 20 1936: 19.

1934 mußten 8 Zangenoperationen vorgenommen werden und zwar 3 Beckeneingangszangen und 2 Zangen aus Beckenmitte. Bei den übrigen handelte es sich um Ausgangszangen. 1 Kind war unter der Geburt abgestorben, 1 starb eine Stunde nach der Geburt an Gehirndruckerscheinungen. Es handelte sich bei beiden um hohe Zangen. Bei dem ersten Fall blieb die vordere Schulter an der Symphyse hängen, sodaß nach vergeblichen Versuchen das Schlüsselbein durchschnitten werden mußte, nachdem das Kind bereits abgestorben war.

1935 war nur 1 Zangenoperation dabei und zwar handelte es sich um eine Beckeneingangszange wegen Geburtsstillstands bei I⁰ verengtem Becken.

1936 waren 3 Zangen notwendig, 1 Ausgangszange, 2 aus Beckenmitte. Eine der letzteren war ein Fall von Eklampsie. Die Indikation für die beiden anderen Zangenoperationen war Geburtsstillstand bei platt-rachitischem Becken I⁰.

Die Sectio caesarea mußte 13mal vorgenommen werden. Es wurde jedesmal transperitoneal-zervikal operiert. Dabei wurden 4 Frauen zum zweiten Mal durch den Kaiserschnitt entbunden, einmal wurde die Porro'sche Operation vorgenommen.

1935 wurde bei 17 Fällen die Entbindung durch den abdominellen Kaiserschnitt herbeigeführt. Dabei waren 2 Operationen der 2. Kaiserschnitt. Es wurde dabei wegen der Unmöglichkeit die Entbindung auf natürlichem Wege durchzuführen, die Tubensterilisation mit Genehmigung der zuständigen Stellen angeschlossen.

1936 wurden 15 Frauen durch die Sectio entbunden. 6mal wurde zum zweiten Male der Kaiserschnitt vorgenommen, 4mal die Porro'sche Operation angeschlossen, 1mal eine Tubensterilisation mit Genehmigung der zuständigen Stellen vorgenommen.

Perforationen waren 1935 zwei notwendig; beidemale waren es II⁰ platt-rachitische Becken.

1936 wurde ein bereits abgestorbenes Kind perforiert. Es handelte sich um eine Erstgebärende, bei der sich das Vorhandensein eines Trichterbeckens herausstellte. Eine dorso-post. Querlage wurde gewendet und extrahiert; doch mußte am nachfolgenden Kopf perforiert werden, da er infolge Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken nicht extrahiert werden konnte.

7. Narkose.

Bei allen Laparatomien sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Gynäkologie wurde prinzipiell die Lumbalanästhesie ausgeführt. Sie stellt für den Arzt sowohl wie für die Patientin eine wesentliche Erleichterung dar. Für die Patientin fällt der Schock weg, den eine Vollnarkose immer bedeutet, auch für den Arzt ist sie angenehmer als die Vollnarkose. In der Geburtshilfe stellte sich besonders heraus, daß die Asphyxie bei Kindern, die bei der Vollnarkose in einem verhältnismäßig hohen Prozentsatz auftrat, fast ganz verschwand. Außerdem sind die Frauen bei den geburtshilflichen Laparatomien, die zum großen Teil sofort erfolgen müssen, nur selten nüchtern, was für eine Vollnarkose auch eine Quelle von Komplikationen werden kann.

Die Technik der Lumbalanästhesie ist folgende: Es wurde $1^1/_2$ Stunden vor der Operation 1 ccm Skopolamin gegeben. Nach einer halben Stunde wurde 1ccm Narkophin eingespritzt. Bei Kaiserschnitt wurde dieses Mittel wegen der Gefahr der Schädigung des Kindes nicht gegeben. 20 Minuten vor der Operation wurden 2 ccm Tropokokain in einer 10 ccm-Spritze aufgezogen, mit Liquor aus dem Lumbalsack vermischt und wieder eingespritzt. Die Frau blieb bis zur Operation in sitzender Stellung.

Es wurde kein einziger Fall einer Störung oder Komplikation jemals beobachtet, der auf die Lumbalanästhesie zurückzuführen wäre.

Bei den übrigen Narkosen wurde Aether ebenfalls möglichst vermieden. Wo eine tiefe Narkose nötig war, wurde sie mit Eunarkon oder Evipannatrium, evtl. mit etwas Aetherzusatz gemacht.

Aether und Chloräthyl wurden nur zu kurzem Rausch bei kleineren Eingriffen verwandt.

8. Kaiserschnitt.

	insgesamt	vaginal	abdominal
1934	25 = 1,9%	4	21
1935	20 = 1,4%	—	20
1936	21 = 1,4%	2	19

Indikationen zur vaginalen Sectio:

Wehenschwäche, frühzeitiger Blasensprung	1
vorzeitiger Blasensprung	1
Placenta praevia totalis	1
Platt-rachitisches Becken I⁰	1
Placenta praevia totalis mit Scheidenprolaps	1
Eklampsie	1

Bei einem Fall ging die Geburt nicht vorwärts, die Herztöne wurden schlecht. Es wurde daher die vaginale Sectio mit Wendung und Extraktion vorgenommen. Es zeigte sich, daß die Nabelschnur mehrfach um das Kind geschlungen war und dieses auf derselben ritt. Die Extraktion war daher nur nach Durchschneiden der Nabelschnur möglich.

Die Operationen wurden alle als Hysterotomia vaginalis anterior durchgeführt. Die Heilung verlief in allen Fällen p.p.

Vorbedingung dieser Operation war, daß kein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken bestand.

Indikationen zur abdominellen Sectio:

	insgesamt	1934	1935	1936
Beckenverengerungen	47	13	17	17
Querlagen bei Beckenverengerung	1	1	—	—
Placenta praevia totalis	4	3	1	—
Mißverhältnis zwischen Kopf u. Becken	4	4	—	—
Uterus myomatosus	1	—	1	—
Uterusruptur	2	—	1	1
Exostosenbecken	1	—	—	1
Der Zervix breit aufsitzendes Myom	1	—	—	1
Eklampsie	1	—	—	1
	62	21	20	21

Die Operation wurde mit Ausnahme eines Falles immer transperitoneal-zervikal durchgeführt. Die Narkose wurde prinzipiell in Lumbalanästhesie gemacht. Nur dort, wo sie durch Wirbelanomalien nicht möglich war, wurde die Aethernarkose angewandt. Die Heilung der Operationswunde erfolgte mit Ausnahme zweier Fälle p.p. In einem dieser Fälle trat ein mit Coli infizierter Bauchdeckenabszeß auf, der jedoch nach Entleerung p.s. verheilte.

In einem Fall mußte der Schnitt im Korpus des Uterus gelegt werden.

Bei einem Fall von vorzeitigem Blasensprung bei platt-rachitischem Becken war eine Geburt eines lebendigen Kindes auf natürlichem Wege nicht möglich. Es wurde trotz des vor über 40 Stunden erfolgten Blasensprungs die Sectio erfolgreich vorgenommen und die Exstirpation des Uterus angeschlossen.

Bei einem Fall trat der Kopf nicht ins Becken ein, obgleich die Patientin vorher zweimal normal entbunden hatte. Der Kopf stand ständig hochbeweglich über dem Becken. Bei der vorgenommenen Sectio zeigte es sich, daß das Geburtshindernis ein submuköses Myom war, das der Zervix breit aufsaß. Es wude der Uterus mit der Geschwulst totalexstirpiert. Mutter und Kind konnten geheilt entlassen werden.

Unter den Geburten befand sich eine Zwillingsschwangerschaft.

Uebersicht über die zum 2. und 3. Male durchgeführten Kaiserschnittoperationen und über die Porro'schen Operationen.

	insgesamt	1934	1935	1936
2. Kaiserschnitt	13	5	2	6
3. „	1	—	—	1
Porro	9	1	1	7

1934 wurde die Sectio zum 2. Male in 5 Fällen ausgeführt. In einem Falle war die Indikation eine drohende Unterusruptur nach Sectio. Es zeigte sich bei der Eröffnung des Abdomens, wobei starke Verwachsungen festgestellt wurden, daß der Uterus während der Vorbereitungen bereits in der alten Narbe rupturiert war. Die ganze Uterusmuskulatur war papierdünn ausgezogen. Es wurde die Porro'sche Operation angeschlossen. Die Heilung erfolgte p.p.

In einem Falle wurde mit Einverständnis der zuständigen Stellen die Tubensterilisation wegen starker Verwachsungen und ausgedehnter Uterusmuskulatur durchgeführt.

1935 wurde die 2. Sectio in 3 Fällen durchgeführt. In zwei Fällen handelte es sich um platt-rachitische Becken II⁰ und es waren Perforationen vorausgegangen.

Einmal wurde die Porro'sche Operation gemacht wegen Uterus myomatosus und Gefahr der Atonie.

Eine komplette Uterusruptur wurde moribund eingeliefert. Nach Eröffnung des Bauches zeigte sich massenhaft Blut im Abdomen. Die Frau starb während der Operation an dem starken Blutverlust. Der Uterus wurde total exstirpiert. Das Kind war tot. Die Ruptur trat im 6. Schwangerschaftsmonat vor Wehenbeginn ein. Die Frau war eine III-para und hatte schon eine Sectio durchgemacht. Sie hatte sich nachts aus dem Bett gebeugt, weil eines ihrer Kinder schrie. Plötzlich verspürte sie stärksten Schmerz. Es handelte sich um den seltenen Fall einer Ruptur ohne Wehen. Die Ursache war der Umstand, daß sich die Plazenta gerade an der alten Narbe angesiedelt hatte.

1936 wurde bei 6 Frauen die Sectio zum 2. Male und bei einer Patientin zum 3. Male durchgeführt. Einmal wurde die Tubensterilisation wegen ausgedehnter Verwachsungen und vorhergegangener Perforationen bei platt-rachitischem Becken III⁰ angeschlossen, nachdem die Genehmigung vorher eingeholt worden war.

Die Porro'sche Operation wurde in den 3 Jahren 9mal durchgeführt. Die Indikationen dazu waren:

1934	drohende Uterusruptur	1
1935	Uterus myomatosus	1
1936	3. Kaiserschnitt	1
	Exostosenbecken bei vorangegangener Sectio und Perforation	1
	2. Sectio und starke Verwachsungen	2
	Drohende Uterusruptur	1
	Völlige Atonie des Uterus im Anschluß an die Sectio	1
	Vorzeitiger Blasensprung bei platt-rachitischem Becken II⁰	1

Die Operationen verliefen alle ohne Störungen. Die Heilung erfolgte p.p.

Bei den zum 2. Mal durch Sectio entbundenen Frauen zeigte sich in mehreren Fällen, daß die Plazenta sich im Bereich der alten Narbe angesiedelt hatte.

Der Kaiserschnitt wurde in nicht ganz 2% der Fälle vorgenommen. Die Indikation waren fast ausschließlich Beckenveränderungen und Placenta praevia, die draußen nicht zu oft untersucht worden waren. Die Operationen wurden mit Ausnahme eines Falles im Jahre 1936, wo narbige Veränderungen

einen Korpusschnitt nötig machten, immer transperitoneal-zervikal durchgeführt. Nach Entwicklung des Kindes wurde Pituglandol gegeben. Die Plazenta mußte in vielen Fällen manuell gelöst werden, sonst wurde sie exprimiert. Doppelte Uterusnaht, Naht des Peritoneums und etagenweiser Schluß der Bauchdecken schlossen die Operationen ab.

Die Heilung der Operationswunden war mit Ausnahme zweier Fälle im Jahre 1935 und 1936 immer primär.

Die Porro'sche Operation wurde bei solchen Frauen gemacht, die ein gebärunfähiges Becken hatten, und bei denen eine weitere Sectio nicht zu verantworten war, soweit sie schon älter waren. Bei jüngeren Frauen wurde aus gleicher Indikation die Tubensterilisation vorgenommen.

Narkosezwischenfälle wurden bei der Lumbalanästhesie niemals bemerkt, weder bei den Müttern noch bei den Kindern.

9. Zangenoperationen.

	Gesamtzahl	rechtzeitig
1934	50 = 3,6%	47
1935	29 = 2,0%	29
1936	39 = 2,8%	39

Indikationen:

	insgesamt	1934	1935	1936
Beckenanomalien	13	9	2	2
Tiefer Querstand	17	9	5	3
Eklampsie	8	3	2	3
Präeklampsie	2	—	1	1
Schlechte kindliche Herztöne	42	14	11	17
Sekundäre Wehenschwäche	28	13	6	9
Zu kurze Nabelschnur	1	—	—	1
Nabelschnurvorfall	3	—	2	1
Temperaturen während der Geburt	3	2	—	1
Stark vorspringende Symphyse	1	—	—	1

Art des Eingriffs:

	insgesamt	1934	1935	1936
Zange aus Beckeneingang	9	7	2	—
Zange aus Beckenmitte	39	14	9	16
Zange aus Beckenausgang	70	29	18	23

Uebersicht über Erstgebärende und Zwillingsgeburten.

	1934	1935	1936
Gesamtzahl	50	29	39
Erstgebärende	32	25	38
Zwillingsgeburten	2	—	—

Die vornehmlichste Indikation bei Erstgebärenden war Erschöpfung mit sekundärer Wehenschwäche und schlechter werdenden kindlichen Herztönen. Der tiefe Querstand trat nur bei Erstgebärenden auf.

1934. Erwähnenswert ist eine Zangenoperation bei plattrachitischem Becken II°. Eine Sectio wurde wegen des vor 6 Stunden erfolgten Blasensprunges abgelehnt und die Zange versucht. Es gelang einen Knaben aus vorderer Scheitelbeineinstellung zu entwickeln, doch starb das Kind nach 2 Stunden an Hirndruckerscheinungen.

In einem Falle zeigten sich im rechten vorderen Scheidengewölbe zwei etwa pflaumengroße parametrane Zysten, die operativ entfernt wurden. Anschließend erfolgte die Zangenentwicklung eines lebenden Kindes.

Bei einer Zangengeburt mußte am toten Kind das Schlüsselbein durchtrennt werden, da die vordere Schulter unter der Symphyse hängen geblieben war und nicht gelöst werden konnte.

1936. Bei einem Falle gelang die Zangenoperation, die vom Hausarzt versucht wurde, wegen Hydrocephalus internus nicht. Es wurde die Perforation gemacht.

Bei einem Uterus myomatosus trat eine Wehenschwäche auf, sodaß eine Zange aus Beckenmitte nötig war.

In einem Falle war die Nabelschnur wegen mehrfacher Umschlingungen zu kurz. Reflektorisch trat ein völliger Geburtsstillstand auf. Bei der folgenden Zange konnte das Kind lebendig entwickelt werden.

Bei einer Mehrgebärenden war die Nabelschnur vorgefallen. Das Kind wurde lebend mit einer leichten Ausgangszange entbunden.

Der Verlauf der Geburten, bei denen Temperaturen aufgetreten waren, war ein ungestörter. In einem Falle mußte die Plazenta manuell gelöst werden. Sie war infolge von Ernährungsstörungen und Blutungen teilweise fötid zersetzt. Der Wochenbettverlauf war in diesem Falle bis auf geringe Temperatursteigerungen in den ersten Tagen völlig ungestört.

Die hohe Zange wurde einmal bei einer Erstgebärenden mit innerlich verengtem Becken angelegt. Das Kind starb an Gehirndruck. In den übrigen Fällen war es ein I° verengtes Becken.

Die Zangengeburten nahmen unter den geburtshilflichen Operationen den größten Raum ein. Notwendig war diese Operation vor allem bei Erstgebärenden, bei denen ja durch die vermehrte Geburtsarbeit leicht eine sekundäre Wehenschwäche und Geburtsstillstand auftritt. Die Komplikation des tiefen Querstands trat in den Berichtsjahren nur bei Erstgebärenden auf.

Die hohe Zange wurde bei nichteintretendem Kopf nur in wenigen Fällen versucht. Es gelang in einem Teil der Fälle ein lebendes Kind zu entwickeln. Die Mütter überstanden den Eingriff ohne weitere Komplikationen.

10. Wendungsoperationen.

Indikationen für die Wendung:

	1934	1935	1936
Gesamtzahl	29	21	17
	2%	1,4%	1,0%
Enges Becken	2	2	8
Quer- und Schieflagen	15	12	—
Placenta praevia	12	5	3
Nabelschnurvorfall	—	1	4
Vorzeitige Plazentarlösung	—	1	—
Eklampsie	—	—	2

1934 wurden 29 Wendungsoperationen nach Braxton-Hicks vorgenommen und die Extraktion angeschlossen.

Die Indikation zur Wendung auf Grund des Nichteinstellens des Kopfes bei engem Becken wurde zweimal gestellt. Die Geburten gingen trotz guter Wehen nicht vorwärts, der Kopf stellte sich nicht ein, sodaß die Wendung mit Extraktion nötig war, welche auch gelang.

Bei 15 Quer- und Schieflagen war die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks nötig. Darunter waren 2 Zwillingsschwangerschaften. Es wurden 2 verschleppte Querlagen mit Armvorfall bezw. eingekeiltem Ellenbogen behandelt. Die erste, bei der der linke Arm vorgefallen war, war sehr schwer zu wenden, doch gelang die Operation. Beide Kinder leben, auch die Mütter überstanden den Eingriff gut.

Bei 12 Fällen von Placenta praevia war ebenfalls die Wendung nötig. Darunter waren 3 Fälle von Placenta praevia totalis. Einmal war bei dieser Komplikation eine Erweiterung des Muttermundes durch Hegarstifte nötig. In einem Fall traten nach manueller Dehnung des Muttermundes, die leicht gelang, bei der Extraktion infolge des aufgelockerten Gewebes starke Muttermundsrisse auf, die aber nach Naht p.p. verheilten. Bei

einem weiteren Fall kam zum tiefen Sitz der Plazenta noch eine vorzeitige Plazentarlösung dazu. Die Frau war mit starkem Blutverlust eingeliefert worden; sie starb nach einer Stunde an Herzschwäche.

Bei Zwillingsschwangerschaften war diese Operation 4mal nötig.

1935 wurde die Wendung 21mal vorgenommen und die Extraktion angeschlossen.

Die Indikationen waren:

Enges Becken: 2 Fälle. Die Operationen gelangen.

Quer- und Schieflagen: 12 Fälle. Darunter waren 4 verschleppte Querlagen, 2 mit Armvorfall und 2 mit Nabelschnurvorfall. Bei einer starb das Kind unter der Geburt ab. Ein Fuß mußte am nachfolgenden Kopf perforiert werden. Bei dieser Querlage lag ein Ellbogen vor und die Nabelschnur war vorgefallen. Die Blase war 24 Stunden vorher gesprungen.

5 Fälle von Placenta praevia wurden operiert. Darunter waren 2 Fälle von Placenta praevia totalis.

In einem Fall war die Nabelschnur vorgefallen. Es wurde gewendet und die Extraktion versucht. Da der Kopf jedoch nicht ins Becken eintrat, mußte perforiert werden.

Einmal war die Indikation vorzeitige Plazentarlösung.

1936 waren die Indikationen der 17 Wendungen:

Quer- und Schieflagen: 8 Fälle. Eine Querlage war durch eine Placenta praevia partialis und durch den Vorfall des linken Armes kompliziert. 1 Fall eines Trichterbeckens mit Querlage konnte nur durch Perforation entbunden werden.

Placenta praevia fand sich in 5 Fällen, darunter 3 von Placenta praevia totalis. Bei einem Fall wurde vor der Wendung die Sectio vaginalis wegen Prolaps gemacht.

Die Nabelschnur war 4mal vorgefallen, 2mal konnten die Kinder nicht mehr gerettet werden.

2 Fälle von Eklampsie wurden gewendet, die Kinder blieben am Leben.

Die Wendung wurde im allgemeinen nach erweitertem Muttermund vorgenommen und die Extraktion angeschlossen. Falls ein sofortiges Eingreifen nötig war, wurde der Muttermund soweit erweitert, daß die Extraktion sofort möglich war.

Die Wendung wurde auch bei verschleppten Querlagen versucht, ohne daß sich einmal ein Zwischenfall einstellte. In mehreren Fällen konnte ein lebendes Kind entwickelt werden.

Die Indikation war in der Mehrzahl Querlagen und Fälle von Placenta praevia. Die Operationen wurden in tiefer Nar-

kose (Eunarkon oder Evipannatrium) ausgeführt. Sie verliefen alle ungestört. Ebenso trat im Wochenbett keinerlei Zwischenfall ein.

11. Perforationen.

1934 4 Fälle = 0,3%
1935 5 „ = 0,3%
1936 6 „ = 0,39%

Indikationen:

1934 1. Mißverhältnis nach vaginaler Sectio zwischen Kopf und Becken und kontraindizierter Sectio 1
2. Hydrocephalus 1
3. Beckenverengerung 1
4. Muttermundskrampf, vorzeitiger Blasensprung 1

1935 5. Platt-rachitisches Becken II°, vorzeitiger Blasensprung und öftere innerliche Untersuchungen außerhalb der Anstalt 1
6. Platt-rachitisches Becken II° bei Steißfußlage und Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken 1
7. Platt-rachitisches Becken II°, verschleppte Querlage und Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken 1
8. Platt-rachitisches Becken I° und Mißverhältnis nach Zangenversuch 1
9. Verschleppte Querlage mit Armvorfall, anoperiert eingeliefert 1

1936 10. Stillstand der Geburt bei Steißlage 1
11. Trichterbecken 1
12. Verschleppte Querlage 1
13. Mißverhältnis zwischen Kopf u. Becken 1
14. Verschleppte Querlage und Nabelschnurvorfall 1
15. Hydrocephalus, Muttermundskrampf 1

15
= 0,33%

Im 1. Falle handelte es sich um ein stark vorspringendes Promontorium bei äußerlich normalen Beckenmaßen.

Beim 4. Fall war die Blase angeblich 3 Tage vor der Geburt gesprungen.

Beim 9. Fall starb die Frau infolge des außerhalb der Klinik erlittenen Blutverlustes. Das Kind wurde dekapitiert, doch gelang es nicht mehr die Frau zu retten.

Beim 12. Fall war der Grund des Absterbens das Reiten des Kindes auf der Nabelschnur.

Die Perforationen wurden mit Ausnahme zweier Fälle von Hydrocephalus nur am toten Kind vorgenommen. Einmal mußte ein Foet dekapitiert werden.

12. Credé'scher Handgriff.

	insgesamt	1934	1935	1936
Credé ohne Narkose	69	12	27	30
Credé mit Narkose	40	5	17	18
	109	17	44	48

In allen diesen Fällen wurde der Credé'sche Handgriff erfolgreich ausgeführt.

13. Manuelle Lösung der Plazenta.

	Manuelle Lösung	Nachtastung	Prozentzahl
1934	37	10	3,7%
1935	14	7	1,4%
1936	21	6	1,7%

Die Indikationen waren entweder starke Blutungen der Nachgeburtsperiode oder es lag eine Placenta accreta oder adhaesiva oder Uterus bicornis vor. Die manuellen Lösungen wurden erst dann vorgenommen, wenn der Credé'sche Handgriff in Narkose erfolglos war. Nachtastungen wurden wegen Verdacht der Unvollständigkeit oder wegen Unvollständigkeit der Plazenta vorgenommen. Nach jeder manuellen Lösung oder Nachtastung wurde der Uterus mit heißem Alkohol (45° heiß; 50%ige Alkohollösung) gespült. Falls die Blutung noch nicht stand, wurde tamponiert.

14. Atonie des Uterus nach der Geburt.

1934	20 Fälle
1935	22 „
1936	63 „
insges.	105 Fälle

1935 trat ein Fall von Atonie 6 Stunden nach der Geburt auf.

Atonie infolge Ueberanstrengung 5 bis 6 Tage nach der Entlassung wurde mit bestem Erfolg durch absolute Bettruhe, Eisblase und Gynergen behandelt.

Die Therapie war folgende: Zuerst wurden Wehenmittel gegeben, im Falle des Mißerfolges heiße Alkoholspülungen, evtl. Tamponade.

In der Leitung der Nachgeburtsperiode wurde so wenig wie möglich der Lösungsmechanismus gestört sowie jegliche Manipulationen am Uterus wie das Halten des Fundus oder unnötige Kontrollgriffe vermieden. Wehenmittel wurden nicht prinzipiell nach jeder Geburt eines Kindes gegeben, sondern nur bei etwaiger Indikation.

15. Nähte.

Episiotomien wurden im allgemeinen seitlich, zum Teil auch median angelegt. Die Heilung erfolgte durchwegs p.p.

	insgesamt	1934	1935	1936
Dammrisse I°	407	99	163	145
Dammrisse II°	84	38	22	24
Dammrisse III°	7	1	4	2
Episiotomien	237	57	84	96
Muttermundsinzisionen	12	9	2	1
Muttermundsrisse	4	2	2	—
Klitorisrisse	2	1	—	1
Scheidenrisse	7	7	—	—
Scheidendammrisse	10	10	—	—
Zervixrisse	1	1	—	—

16. Zwillingsgeburten.

	Zwillinge	eineiige	zweieiige
1934	21 = 1,6%	4	17
1935	17 = 1,18%	3	14
1936	18 = 1,2%	3	15
1934—36	56	10	46

Geburtseinstellungen der Zwillinge:

	insgesamt	1934	1935	1936
Schädellage	50	19	19	22
Steißlage	38	14	14	10
Querlage	8	6	—	2
Schieflage	3	2	—	1
Gesichtslage	1	1	—	—
Vorderhauptslage	1	—	—	1

	insgesamt	1934	1935	1936
Spontangeburten	22	8	8	6
Pärchenzwillinge	11	3	3	5

1934 kamen 8 Zwillingsgeburten spontan zur Welt. Darunter befand sich eine Frühgeburt im 7. bis 8. Monat, bei der der eine Zwilling an Lebensschwäche starb. Die übrigen wurden, je nachdem sie in Steiß- oder Querlage sich befanden, durch Wendung und Manualhilfe, oder, nachdem sie sich in Kopflage befanden, durch die Zange entbunden.

4 eineiige Zwillinge entsprechen einer Prozentzahl von 20.

Es fanden sich 3 Pärchenzwillinge = 12,5%.

8 Zwillingsgeburten kamen 1935 spontan zur Welt, darunter eine Frühgeburt im 7. Monat, von der der eine Zwilling an Lebensschwäche starb. Ein Zwillingspaar kam in Vorderhauptlage spontan zur Welt. Bei den übrigen wurde bei Steißlage manuelle Hilfe gegeben. Sämtliche Kopflagen kamen spontan zur Welt. Von den Müttern ist eine selber Zwilling.

Ein Zwilling kam als Foetus papyraceus zur Welt; er war 16 cm lang und hing an einem dünnen Faden mit einem atrophischen Plazentarlappen zusammen.

Die 3 eineiigen Zwillinge entsprechen einem Prozentsatz von 17,6.

3 Pärchenzwillinge = 21,4% wurden beobachtet.

1936. Bei 6 Zwillingsgeburten kamen beide Kinder spontan zur Welt, zweimal war der eine der beiden III° mazeriert. Bei einem Fall von Eklampsie wurde durch die vaginale Sectio eine Frau im 6. bis 7. Monat entbunden. Beide Kinder starben. Wegen platt-rachitischen Beckens II° mußte eine abdominelle Sectio gemacht werden, die normal verlief. Eine weitere Frühgeburt im 6. bis 7. Monat fand bei einer Placenta praevia totalis statt. Beide Kinder waren nicht lebensfähig.

17% = 3 Geburten waren eineiig.

5 Pärchenzwillinge = 33,3% wurden beobachtet.

Der Prozentsatz der Zwillinge von etwa 1,3 entspricht der allgemeinen Statistik. Eine Drillingsgeburt war nicht zu beobachten. Ungefähr 17,5% unter den Zwillingen sind eineiig. Eine einzige Frau war selber Zwilling. Bei den anderen Frauen konnte keine Beziehung zu Zwillingsschwangerschaften in der Anamnese erhoben werden. Verhältnismäßig viel Zwillingsgeburten waren in einem Teil abgestorben. Einmal wurde ein Foetus papyraceus gefunden.

17. Störungen im Wochenbett.

	insgesamt	1934	1935	1936
Ephemera	145	34	53	58
Mehrmalige bezw. mehrtägige Temperaturerhöhungen	130	25	58	47

Die eintägigen vorübergehenden Temperatursteigerungen verliefen gut. Alle Frauen verließen am 9. bis 12. Tag gesund die Anstalt.

Bei den Fällen einer mehrmaligen bezw. mehrtägigen Temperaturerhöhung handelte es sich um Lochiometra, in anderen Fällen um Mastitis, bei denen z. T. inzidiert werden mußte. Es wurden auch einige thrombophlebitische Reizungen beobachtet, die durch konservative Therapie geheilt werden konnten.

1934. In einem Falle war das Wochenbett 5 Tage lang nach einer Zangengeburt ohne jede Besonderheit. Am 5. Tage trat eine Ephemera auf, die auf Gynergen und Eisblase am nächsten Tage verschwunden war. Am 12. Tage 40° Fieber und Kollaps. Es wurden Herzmittel und Transpulmin gegeben. Es entwickelte sich eine Mastitis, die eine Inzision in beiden Brüsten nötig machte. Es bestanden fortwährend septische Temperaturen. Am 20. Tage war die Temperatur normal. Es wurde die Diagnose „Grippesepsis“ gestellt.

Ein weiterer Fall von Grippe mit septischen Temperaturen im Wochenbett wurde am 19. Tage entlassen.

Während einer Grippeepidemie im Jahre 1935 wurden 8 Fälle schwerer Grippe im Wochenbett beobachtet. Ein Fall, der durch eine Pleuritis kompliziert war, an der die Frau schon am Ende der Schwangerschaft erkrankt war, kam ad exitum.

5 Fälle von Grippeerkrankungen im Wochenbett traten im Jahre 1936 während einer Grippeepidemie auf.

2 Fälle von thrombophlebitischer Reizung wurden festgestellt.

Bei einer Frühgeburt im 7. Monat zeigte sich ein paranephritischer Abszeß mit Durchbruch in die Pleura. Die Patientin wurde in das städtische Krankenhaus verlegt und später

geheilt entlassen. Sie war im 3. Monat der bestehenden Schwangerschaft wegen angeborenen Schwachsinns in einer anderen Klinik sterilisiert worden.

Bei einem weiteren Fall — einer Steißlage mit Manualhilfe — stellte sich im Wochenbett eine Pneumonie ein, die wahrscheinlich auf einer Embolie beruhte. Die Frau starb 4 Wochen nach der Geburt.

In den 3 Berichtsjahren trat kein einziger Fall einer Puerperalsepsis auf. Fiebersteigerungen beruhten teils auf Lochialstauung, teils auf Brustdrüsenentzündungen. In wenigen Fällen wurde eine thrombophlebitische Reizung beobachtet. Während der Grippeepidemien wurden auch mehrere Frauen von dieser Krankheit im Wochenbett befallen. Eine Frau starb im Jahre 1935 an dieser Krankheit. Die Todesfälle in den anderen Jahren beruhten auf einer Pneumonie.

Die Mortalität an im Wochenbett entstandenen Krankheiten beträgt also für 1934: 0,08%, für 1935: 0,06% und für 1936: 0,07%. Sie liegt erfreulicherweise weit unter den Ziffern für das Reich.

18. Störungen bei Kindern.

Asphyxie:

	insgesamt	1934	1935	1936
Asphyxie I⁰	105	30	28	47
Asphyxie II⁰	90	36	30	24

Nicht wieder belebt werden konnten:

	insgesamt	1934	1935	1936
Asphyxie I⁰	5	—	1	4
Asphyxie II⁰	32	12	9	11

19. Mißbildungen der Kinder.

1934 10 = 0,8% der Gesamtzahl der Kinder
1935 17 = 1,1% „ „ „ „
1936 14 = 0,9% „ „ „ „

1934 1mal Nabelschnurbruch
1mal Anencephalie
1mal Hyperdaktylie mit totalem Wolfsrachen
1mal Meningocele am Hinterkopf
2mal Hydrocephalus
1mal Hasenscharte

1mal Wolfsrachen mit Hasenscharte
1mal Klumpfuß
1mal Hyperdaktylie der rechten Hand.

1935 1mal rudimentäre 6. Zehe und 6. Finger beiderseits
1mal Anusverschluß-Kloakenbildung bei einem Zwilling
2mal Hydrops universalis
1mal Froschkopf
1mal Nabelbruch (fünfmarkstückgroß)
1mal linksseitige Hasenscharte und Wolfsrachen
1mal doppelseitige Hasenscharte und Wolfsrachen
1mal Schwimmhaut zwischen 2. und 3. Zehe links und Klumpfußanlage links
1mal Meningocele der Lendenwirbelsäule und Lähmung der unteren Extremitäten
1mal Hydrocephalus mit Meningocele der Brustwirbelsäule
1mal Hydrocephalus
1mal Struma
1mal Hypospadie
1mal Missed Abortion
1mal Foetus papyraceus bei Zwillingen.

1936 1mal eine große Zwerchfellhernie mit Verlagerung des Darmtraktes in die Brusthöhle und Verdrängung und Kompression besonders des Herzens nach rechts
1mal rudimentäre 6. Zehe und 6. Finger beiderseits
3mal Hydrocephalus
1mal männlicher Scheinzwitter
1mal Spina bifida
1mal Klumpfuß beiderseits
2mal mongoloider Typ
1mal Meningocele mit Hydrocephalus
1mal Hypospadie
1mal Gaumenspalte
1mal doppelseitige Hasenscharte und Wolfsrachen.

20. Erkrankungen und Geburtstraumen der Kinder.

Leichte ein- oder mehrtägige Temperatursteigerungen bei Ikterus, Katarrhen oder auch sonstigen exogenen Ursachen konnten nur in ganz wenigen Fällen beobachtet werden. Die Säuglinge konnten jeweils gesund entlassen werden. Die Fälle von Blennorrhöe zeigt folgende Tabelle:

1934	0
1935	2
1936	4.

Sie wurden sofort in spezialärztliche Behandlung überwiesen. Besondere Erwähnung verdienen folgende Fälle:

1934 1 Kephalohämatom abszedierte. Der Abszeß senkte sich nach der rechten Halsseite hin und verursachte eine Kontraktur des rechten Handgelenkes. Nach Abszeßspaltung und elektrischer Massagebehandlung klangen die Lähmungserscheinungen ab.
2mal wurden Lähmungserscheinungen der Arme und des Facialisgebietes beobachtet, die durch elektrische Massagebehandlung zur Heilung gebracht werden konnten.
In einem Fall trat einige Tage nach der Geburt eine heftige Melaena vera auf. Das Kind konnte durch Gelatineeinspritzungen und Clauden gerettet werden.

1935 Bei einem Kind trat wieder eine heftige Melaena vera wenige Tage nach der Geburt auf. Das Kind wurde durch die übliche Behandlung gerettet. Ein Abszeß der linken Halsseite wurde gespalten und die durch ihn bedingte Plexuslähmung klang nach kurzer Zeit ab. Weiterhin wurden einige Fälle von leichtem Pylorusspasmus beobachtet und durch konservative Behandlung behoben.

1936 1 Kind erkrankte an einer Aspirationspneumonie. Bei 3 Kindern traten leichtere Krämpfe auf, die jedoch nach einiger Zeit wieder aufhörten.

21. Früh- und Fehlgeburten.

	insgesamt	Frühgeburten	Aborte
1934	57	21	36
1935	71	28	43
1936	57	31	26
	185	80	105

Frühgeburten:

Die 80 Frühgeburten setzen sich zusammen aus:

	1934	1935	1936
Fälle im 6. Monat	6	3	4
„ „ 7. „	9	11	12
„ „ 8. u. 9. Monat	6	14	15

Von den Frühgeburten blieben am Leben:

1934	10
1935	14
1936	14

Im Jahre 1935 wurde eine Missed Abortion entsprechend dem 8. Monat beobachtet.

Im Jahre 1936 wurde eine luetische Frühgeburt festgestellt.

Aborte:

Die 105 Aborte verteilen sich folgendermaßen:

	1934	1935	1936
Fälle im 1. u. 2. Monat	7	7	6
„ „ 3. Monat	18	35	6
„ „ 4. „	5	2	6
„ „ 5. u. 6. Monat	5	18	8

Fieberhaft waren:

im Jahre	1934	2 Fälle
	1935	2 „
	1936	2 „

Diese wurden aktiv durch Kurettage behandelt. Der eine Fall im Jahre 1934 litt unter einer starken Alkoholintoxikation.

Spontan ausgestoßen wurden:

1934	6	Fehlgeburten
1935	22	„
1936	19	„

Durch Kurettage wurden beendet:

1934	21	Fälle
1935	21	„
1936	7	„

1934 wurde in 7 Fällen die Frucht und die Plazenta durch digitale Austastung entfernt.

An drohenden Aborten konnten zum Stillstand gebracht werden:

1934	3	Fälle
1935	8	„
1936	15	„

Im Jahre 1934 wurde ein Fall einer Missed Abortion beobachtet. Die Frau litt seit 14 Tagen an stärkeren Blutungen. Der Befund war einer Schwangerschaft im 3. Monat entsprechend. Bei der Kurettage wurde ein Fruchtsack in der Form des Uterus zutage gefördert. Der Foet war völlig resorbiert.

Ein Abgang war eine Zwillingsschwangerschaft.

B. Gynäkologie.

	Belegzahl	operative Fälle	konservative Fälle
1934	240	99	141
1935	227	106	121
1936	186	101	85

Alle entzündlichen Genitalerkrankungen wurden konservativ behandelt, soweit nicht eine chronische Entzündung eine Operation erforderte.

Bei den Myomen wurde die supravaginale Amputation der Totalexstirpation vorgezogen, weil durch Erhalten des Portiostumpfes der Flüssigkeitsaustausch zwischen Zervix und Scheide erhalten bleibt und weil die Klagen der Patientinnen über Trockenheit der Scheide, wie sie nach Totalexstirpationen laut werden, wegfallen.

Eine aktive Behandlung wurde bei fieberhaften Aborten eingeschlagen. Sie wurden kurettiert. Es zeigte sich kein einziger Mißerfolg bei diesem Vorgehen.

	1934	1935	1936
Konservative Fälle:	141	121	85
Schwangerschaftsnephritis	6	5	5
Schwangerschaftserbrechen	9	3	2
Pelveoperitonitis	1	2	1
Gonorrhöe und Schwangerschaft	—	6	3
Kurettage:			
Abortus incompletus	14	23	53
„ „ fieberhaft	3	—	1
Schleimhauthyperplasie und Schleimhautpoylpen	5	9	33
Probeabrasio	11	15	2
Interruptio:	3	1	1
Laparatomien:			
Myome	6	8	10
Ovarialzysten	3	5	11
Tubargravidität	2	1	10
Inzisionen bei Mastitis	14	11	14
Prolapsoperationen:	9	14	19

Konservative Fälle:

1934. Die Fälle von Schwangerschaftsnephritis wurden durch Diät und konservative Behandlung so weit gefördert, daß die Geburten ohne Störung verliefen.

Die 9 Fälle von Schwangerschaftserbrechen konnten nach kurzer Zeit beschwerdefrei entlassen werden.

Ein Fall von Pelveoperitonitis nach Abort konnte konservativ geheilt werden.

Ein Fall von Gonorrhöe wurde nicht beobachtet.

1935. Fast alle Fälle von Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen konnten noch während der Gravidität behoben werden.

2 Patientinnen mit Peritonitis nach Abort konnten nach konservativer Behandlung geheilt entlassen werden.

In 6 Fällen wurde eine Entzündung der weiblichen Genitalorgane auf gonorrhöischer Basis behandelt.

1936. 2 Fälle von schwerem Schwangerschaftserbrechen konnten nach kurzer Zeit beschwerdefrei entlassen werden.

5 Fälle von Schwangerschaftsnephritis und -pyelitis wurden erfolgreich behandelt.

1 Fall von Peritonitis wurde durch konservative Behandlung geheilt.

3 Fälle gonorrhöischer Genitalerkrankungen wurden behandelt.

Operative Fälle.

Kurettagen:

1934 wurden wegen Abortus incompletus 14 Fälle eingewiesen. Meist handelte es sich um Retention der Plazenta oder Plazentateile und starken Blutverlust der Frau. Die Fälle wurden durch Kurettagen bezw. digitaler Ausräumung und Nachkurettement behandelt. Fieber wurde 3mal bei der Aufnahme dieser Fälle festgestellt.

1935 wurden 23 Fälle von Abortus incompletus eingeliefert. Sie wurden wie im Jahre 1934 behandelt.

Fieberhafte Fälle wurden nicht beobachtet.

1936. 53 Fälle von Abortus incompletus wurden behandelt. Einer der Fälle war fieberhaft.

Interruptio:

1934 war die Unterbrechung der Schwangerschaft nach Genehmigung der zuständigen ärztlichen Kommission in 3 Fällen notwendig:

1. Es handelte sich um ein unstillbares Schwangerschaftserbrechen im 3. Monat. Alle Versuche, das Erbrechen zum Stillstand zu bringen, schlugen fehl.
2. Die Indikation zu diesem Fall war ein schwerster Herzfehler.
3. In diesem Falle wurde die Frühgeburt wegen Eklampsie eingeleitet. Es hatten sich Krämpfe eingestellt, die die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig machten.

1935 wurde die Schwangerschaftsunterbrechung einmal eingeleitet bei einem Totalprolaps im 3. Monat. Nachdem sich während einer Beobachtungszeit der Prolaps immer durch verstärkte, wurde der Antrag auf Unterbrechung gestellt.

1936 war die Unterbrechung in einem Falle nötig. Es handelte sich hier um einen drohenden Abort, der nicht zum Fortbestehen der Schwangerschaft gebracht werden konnte.

Myome wurden 1934 6mal durch die abdominelle Uterusamputation operiert. Es hatten sich Verdrängungserscheinungen eingestellt.

1935 wurden 8 Myomoperationen vorgenommen. 1 Myom des Uterus wurde bei starkem Fieber komplikationslos und erfolgreich operiert.

1936 wurden 10 Uterusamputationen wegen Myom bei Verdrängungserscheinungen ausgeführt.

Ovarialzysten wurden 1934 3mal operiert; 1935 war die Operation 5mal und 1936 11mal gemacht worden.

Prolapsoperationen wurden 1934 in 9 Fällen durch die vordere und hintere Kolporraphie und Perineoplastik ausgeführt. 1935 wurde sie 14mal und 1936 19mal gemacht.

Besonderes:

1934 wurde einmal eine Frau wegen schwerer Nephropathie durch Tubenunterbindung nach Genehmigung sterilisiert.

1935 wurde wegen Fiebers im Wochenbett eine Patientin aufgenommen; sie konnte nach längerem Aufenthalt geheilt entlassen werden.

5 Patientinnen wurden wegen Blutung im Wochenbett und Erkrankung nach Abort behandelt. Auch sie verließen geheilt die Klinik.

1 Fall von Tubargravidität, verbunden mit schwerer Appendizitis, wurde operiert. Die Frau starb am 5. Tage nach der Operation an einer Embolie.

1 weiterer Fall wurde wegen eines karzinomatös degenerierten Hypernephroms operiert. Man hatte erst den Verdacht auf ein Myom, fand aber dann bei der Operation ein 9 Pfund schweres Hypernephrom. Die Frau starb am 7. Tage infolge einer Mesenterialgefäßthrombose.

1936. In einem Falle wurde eine Patientin an einer Ovarialzyste bei bestehender Gravidität operiert unter Erhalten der Schwangerschaft.

10 Patientinnen wurden wegen auftretender Blutungen nach der Geburt aufgenommen.

2 Frauen wurden an Hernien operiert.

Wegen Retroflexio uteri mußte bei 4 Patientinnen die Ventrifixur vorgenommen werden.

Mit Einverständnis der zuständigen Stellen wurde eine Patientin durch Tubenunterbindung sterilisiert.

Ein Zervixpolyp wurde vaginal entfernt.

Ein in die Scheide geborenes Myom konnte ebenfalls vaginal entfernt werden.

Besonders hervorzuheben ist die Operation eines 9 Pfund schweren, zystisch degenerierten Ovars bei einem 11jährigen Mädchen.

Eine 70jährige Patientin mit einem zur Nekrose neigenden Totalprolaps wurde in Lumbalanästhesie erfolgreich operiert. Die Frau litt außerdem noch an Asthma. Nach der Operation stellten sich unter prophylaktischer Therapie keinerlei Erscheinungen von Seiten der Lunge ein.

In einem Falle wurde ein stielgedrehtes Teratom des linken Ovars erfolgreich operiert.

Eine geplatzte Tubargravidität war durch eine Ovarialzyste links und eine Hämatosalpinx rechts kompliziert. Die Operation erfolgte durch Resektion der beiden Tuben sowie des linken Ovars.

Eine doppelte Tubargravidität in der linken Tube, die platzte und operiert wurde, verdient noch Erwähnung.

Blutmolen traten zweimal auf; eine wurde spontan geboren, eine andere operativ entfernt.

C. Todesfälle.

(einschl. der moribund Eingelieferten).

Mütterliche Mortalität:

	1934	1935	1936	1934–1936
Geburtshilfe	5	4	7	16
	0,39%	0,28%	0,4%	0,36%
Gynäkologie	1	2	3	6
	0,42%	0,88%	1,6%	0,63%
Kindliche Mortalität:	64	61	74	199
	5%	4,2%	4,9%	4,7%
und zwar:				
Totgeburten	25	32	25	82
davon rechtzeitige	16	18	17	41
„ frühzeitige	9	14	8	31
Tod nach der Geburt in den ersten 10 Tagen	39	36	27	102

Es ist also in den 3 Jahren eine mütterliche Gesamtmortalität von 0,42% und eine kindliche von 4,7% festzustellen.

Lebenslauf.

Ich, August Wilhelm Rentsch, wurde geboren am 7. Mai 1912 zu Nürnberg als Sohn des Studienprofessors Fritz Rentsch und seiner Gattin Paula, geb. Degel. In Nürnberg besuchte ich die Volksschule und trat 1922 in das Humanistische Melanchthon-Gymnasium ein, das ich im März 1931 absolvierte. Die ersten 3 Semester meines Studiums der Medizin brachte ich in Erlangen zu, ging dann nach Heidelberg und bestand nach dem 5. Semester mein Physikum. Die nächsten 2 Semester verbrachte ich in München und schloß mein Studium in Erlangen mit der medizinischen Staatsprüfung ab, die ich im November 1936 beendete.